

## Impact des maladies infectieuses chez les patients infectés par le VIH dans un service de pneumologie à Ouagadougou

### Impact of infectious diseases on HIV infected patients in pneumology department of Ouagadougou

M. Ouédraogo<sup>1</sup>, S. M. Ouédraogo<sup>2</sup>, G. Badoum<sup>1</sup>, K. Boncounou<sup>1</sup>, G. Ouédraogo<sup>1</sup>,  
M. Bambara<sup>1</sup>, Y.J. Drabo<sup>3</sup>

1. Service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou ; 2. Service de médecine interne du CHU Sanou Souro, Bobo-Dioulasso ; 3. Service de médecine interne du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

Correspondance : Dr Martial Ouédraogo 01 BP 2175 Ouagadougou 01 Burkina Faso  
Tel : (226) 70 18 91 18 E-mail: patindaom@yahoo.fr

#### RESUME

Dans le but d'étudier la mortalité et la morbidité pour maladies infectieuses chez les patients infectés par le VIH hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou (Burkina Faso), les auteurs ont réalisé une étude rétrospective sur 225 patients. Il est ressorti de cette étude que 92 % des patients étaient infectés par le VIH1, 67,1% des patients avaient moins de 40ans et l'âge moyen était de 36.7 ans.

Les pathologies infectieuses les plus fréquentes étaient les pneumonies bactériennes (44,9%) et la tuberculose (33,8%).

La mortalité globale était de 26,2 %. Les pathologies les plus létales étaient par ordre de fréquence, les pneumonies bactériennes dans 44,9 %, la tuberculose dans 33,8 % et dans 9,8 % la cause n'a pu être retrouvée.

Les patients étaient généralement hospitalisés aux stades B ou C du sida (74,7 %). Ceci pose le problème du diagnostic tardif des infections opportunistes, lié au retard de consultation et partant des difficultés de la prise en charge des patients VIH + dans notre contexte.

**Mots clés : maladies infectieuses, infection à VIH, pneumologie, Burkina Faso**

#### SUMMARY

To study the mortality and morbidity of infectious diseases for HIV infected patients admitted to the pneumology department of CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso, the authors run a retrospective survey on 225 sick people. The output of this survey revealed that 92% of the patients where HIV infected, 67.1% of the patients were below 40 years of age and the average age was 36.7.

The most common infectious pathologies were bacterial lung diseases (44.9%) and tuberculosis (33.8%). The overall mortality rate was 26.2%. The most lethal pathologies were respectively, bacterial diseases 44.9%, tuberculosis 33.8%, cases where the cause was not found 9.8%.

In most of the cases, patients at stage B and C of HIV/AIDS were admitted to hospital (74.7%). This situation raises the issue of late diagnostic of side infections, due the tardiness in consulting and therefore, the difficulties resulting from HIV patients' healthcare in our context.

**Key words: infectious diseases, HIV infection, pneumonia, Burkina Faso**

#### INTRODUCTION

L'infection par le VIH demeure un problème de santé publique. On estime le nombre de personnes infectées par le VIH en 2003 à 4,8 millions parmi lesquelles 3 millions vivaient en Afrique [1].

L'Afrique subsaharienne demeure la plus touchée avec près de 70 % des cas depuis le début de l'épidémie [2]. Le Burkina Faso serait au 3<sup>ème</sup> rang avec une prévalence de 7,1 % après la Cote d'Ivoire (10,6 %) et le Togo (8,5 %).

Les maladies respiratoires occuperaient une place importante parmi les affections opportunistes du sida [3,4]. La pauvreté et le défaut de thérapeutique curative à l'heure

actuelle pour le VIH témoigneraient de la mortalité élevée dans les services hospitaliers des pays à faible revenu.

Notre étude vise à identifier les pathologies infectieuses les plus fréquemment retrouvées dans un service de pneumologie d'un pays en développement afin de permettre une meilleure prévention et/ou une prise en charge adaptée, à défaut de traitements spécifiques aux anti-rétroviraux.

#### MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une revue documentaire à partir de dossiers de patients hospitalisés dans le service de pneumologie du CHU Yalgado Ouédraogo de

Ouagadougou au Burkina Faso. Cette étude a couvert une période de 3 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 2000.

La conformité du statut VIH positif a été clinique et biologique : 2 tests Elisa ont été réalisés chez chaque patient et la classification clinique du CDC 1993 a servi à la définition du Stade de l'infection. Les pathologies infectieuses considérées étaient celles retenues dans les dossiers des patients.

## RESULTATS

### Diagnostic

Au total, 225 patients infectés par le VIH ont été dépistés dans le service de pneumologie pendant la période de l'étude. Le tableau I rapporte la distribution par année des malades.

Sur les 225 malades infectés par le VIH, 124 étaient de sexe masculin et 101 de sexe féminin soit un sex-ratio de 1,2. Les patients étaient âgés en moyenne de 36,7 ans avec des extrêmes de 17 ans et 73 ans.

Le sérotype I du VIH était le plus rencontré avec 92 %. Le sérotype II et la co-infection VIH 1-2 étaient respectivement de 4,4 % et 3,6 %.

Plus de la moitié des patients était au stade C de la classification clinique CDC 93 (52.5 %) ; et 22,2 % étaient au stade B

Sur les 225 patients infectés par le VIH, 224 étaient porteurs de pathologies infectieuses. Les plus retrouvées étaient par ordre de fréquence : les pneumopathies bactériennes (101 cas) ; la tuberculose, toutes formes confondues (76 cas) ; avec toutefois une prédominance de la forme extra pulmonaire (46 cas) ; les mycobactérioses atypiques (7 cas).

En dehors des pneumopathies bactériennes banales, les autres infections survenaient au stade B ou C du sida. Le tableau II rapporte la morbidité selon le stade clinique VIH des patients.

### Evolution

La mortalité globale était de 26,2 % avec toutefois 9.8 % de perdus de vue. Cette mortalité était de 83 % au stade C de la maladie ; au stade B : 15,3 % ; au stade A : 1,7 %. La tranche d'âge de 30 à 40 ans était plus touchée par les décès (49,2 %)

Quant à la mortalité spécifique, elle était plus élevée lorsque le diagnostic étiologique n'avait pas pu être posé ou lorsque la pathologie mise en cause n'était pas curable dans notre contexte. Le tableau III rapporte la létalité des principales pathologies.

## COMMENTAIRES

### Diagnostic

La séroprévalence VIH réelle au cours de la période d'étude est difficilement appréciable car le dépistage n'a pas été systématique et nécessitait un consentement des patients. Dans les pays à faible revenu l'inaccessibilité aux anti-

rétroviraux fait que très peu de malades acceptent le test de dépistage VIH. Néanmoins, la séroprévalence VIH est élevée en 1999 (22 %) chez nos malades. D'une manière générale, cette prévalence est élevée dans les services de pneumologie en Afrique. En témoignent les taux de 62,5 % ; 75 % et 54 % retrouvés respectivement à Ouagadougou [5] à Abidjan [6] et en Tanzanie [7].

Aussi les infections respiratoires constituent les complications les plus fréquentes au cours de l'infection par le VIH.

La majorité de nos patients était constituée par des hommes (sex-ratio = 1.2). Cette situation rend compte du fait que ce sont les hommes qui détiennent le pouvoir financier en Afrique et que ce sont eux qui consultent le plus.

Ne dit-on pas que « être femme constitue entre autres un facteur de moindre accès au traitement » ? [8]

La population de notre étude était jeune (âge moyen : 36.7 ans) c'est la période d'intense activité sexuelle ; principale voie de contamination de nos jours. Cette constatation est aussi faite par BIENDO qui retrouvait un pic de séropositivité entre 26 et 43 ans [9]. Aussi, le VIH/SIDA entraîne des conséquences économiques graves du fait qu'elle touche la tranche d'âge la plus active.

La prédominance du VIH1 concorde avec les données de la littérature : 70-90 % en Afrique subsaharienne [2].

Chez tous les malades de notre échantillon, l'apparition d'infections opportunistes a été à l'origine de la découverte de l'infection à VIH. Aussi la majorité était à un stade avancé de la maladie (74.7 % au stade B et C). Les raisons de ce retard diagnostic pourraient être dû d'une part à l'insuffisance d'information et de sensibilisation sur le VIH/SIDA et d'autre part au long itinéraire emprunté par les malades avant la consultation (automédication, pharmacopée traditionnelle, maraboutage...) et enfin à la peur du dépistage VIH due à l'absence de thérapeutique curative. L'acceptation du dépistage VIH n'étant motivée que lorsque toutes les « possibilités thérapeutiques » ont été explorées sans succès.

Toutes les infections rencontrées au cours de notre étude rendent compte de leur importance au cours de l'infection par le VIH. Ce sont les complications les plus fréquentes au cours du SIDA, cependant, la tuberculose (notamment la localisation extra-pulmonaire) demeure l'affection la plus fréquente au stade tardif de la maladie. Généralement dans les pays à forte prévalence VIH/tuberculose, la tuberculose occupe une place importante dans les infections qui surviennent au cours de l'infection par le VIH.

Aussi il est licite de penser que pour un grand nombre de nos patients dont le diagnostic positif

n'a pu être établi, l'étiologie tuberculeuse serait fortement probable comme l'a montré Domoua et al à travers une étude autopsique chez 70 sujets décédés de SIDA en milieu pneumologique ivoirien [10]

#### Evolution

La mortalité globale chez les malades infectés par le VIH [26,2 %] était comparable à celle de DRABO au Burkina Faso [25.5 %] [11] et GRANT en Cote d'Ivoire [27 %] [6]. Cette forte mortalité serait liée au retard de consultation et à l'absence de thérapeutique antirétrovirale chez nos patients mais aussi et surtout à l'absence de prise en charge adaptée des affections opportunistes dont le traitement est à la charge de patients très souvent démunis. Aussi, cette mortalité est plus élevée au stade C [83 %] stade d'immunodépression sévère, nécessitant des soins onéreux pour des résultats décevants.

Les pathologies les plus létales étaient la pneumocystose et les mycobactérioses atypiques. Ceci s'expliquerait par le fait qu'elles surviennent assez tardivement dans l'histoire naturelle du SIDA ; Ces constatations rejoignent celles d'autres auteurs [12, 13]. Si la multi résistance des mycobactéries atypiques aux antituberculeux essentiels est classiquement connue, le dépistage précoce de l'infection par le VIH et la prévention primaire de la pneumocystose ont réduit considérablement l'incidence et la létalité liée à cette maladie dans les pays développés. Aussi, la moindre létalité de la tuberculose témoigne de l'efficacité de la chimiothérapie antituberculeuse bien conduite, même chez les malades co-infectés [14].

#### CONCLUSION

Les pathologies respiratoires au cours du VIH sont généralement très létales du fait qu'elles surviennent pour la plupart à un stade tardif, chez les malades aux conditions socio-économiques modestes. Le retard à la consultation, la non disponibilité des traitements anti rétroviraux sont hélas les raisons de la mortalité élevée parmi ces patients.

Aussi la prévention et le traitement précoce de ces affections, ainsi que l'accès aux anti rétroviraux contribueraient très certainement à réduire la mortalité chez les malades infectés par le VIH des pays en développement.

#### REFERENCES

- 1- Programme National Tuberculose. Burkina Faso  
Guide technique de lutte contre la tuberculose. Edition 2005 ; 92 pages
- 2- BISSAGNENE E., DIE-KACOU H., AOUSSI EBA F., COULIBALY G. Guide diagnostique et thérapeutique de l'infection à VIH en Afrique édition GUT 1999 : 132 pages
- 3- BRAODDUS C., DAKE M.D., STULBARG M.S., BLUMENFELD W. HADLEY W., GOLDEN J., HOPWELL P. Bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy in the diagnosis of pulmonary infection in the acquired immunodeficiency syndrome Am. Int. Med. 1985 ; 102; 747-52
- 4- GRIFFITHS M.H., KOCIAN G., MILLER R.F., GODFREY- FAUSSET P. Diagnosis of pulmonary disease in human immunodeficiency virus infection: role of transbronchial biopsy transbroalveolar lavage Thorax 1989 ; 44 : 554-8
- 5- OUEDRAOGO M., BAMBARA M., ZOUBGA A. Z., OUEDRAOGO S.M., OUEDRAOGO G. BIRBA E., BONCOUNGOU K., DRABO Y. J. Intérêt et contraintes des traitement anti-rétroviraux dans un pays en développement Méd. Afr. Noire 2001 ; 48 : 321-4.
- 6- GRANT A.D., SIDIBE K., DOMOUA K. Spectrum of disease among HIV-infected adults hospitalised in a respiratory medicine Unit. in Abidjan Côte d'Ivoire int-J tuberc lung dis 1998 ; 2 : 926-34
- 7- DALEY C.L., MUGUSI F., CHEN L.L. Pulmonary complication of HIV infection in Dar es Salam, Tanzania : role of bronchoscopy and bronchoalveolar lavage. Am-J. Respir. Crit-Care Med 1996 ; 154 : 105-10
- 8- AIDES federation nationale Enquête annuelle auprès des bénéficiaires et des usagers de l'association AIDES, Paris 1999.
- 9- YALA. BEINDOM., OBENGUI. Infection à VIH et zona à Brazzaville ; à propos de 269 cas Méd. Mal infect. 1993 ; 23 : 583-8
- 10- DOMOUA K., N'DHATZ M., COULIBALY G., TRAORE F., KONAN, JB., LUCAS S., BEAUMEL A., DE COCK K. M., DAGO-AKRIBI A., YAPI A. Données fournies par l'autopsie de 70 sujets décédés de SIDA eu milieu pneumologique ivoirien. Med. Trop. 1995 ; 55 : 252-4

- 11- DRABO Y.J., SOME M.L., KABORE J., SAWADOGO S., LENGANI A., TRAORE R., OUEDRAOGO C. Morbidité et mortalité dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO. Méd. Afr. Noire 1996 ; 43 : 655-8
- 12- CABIE A., KHUOUG M-A., SAIMOT A.G. Histoire naturelle de l'infection par le VIH-1 in le praticien face au SIDA Flammarion 2è édition 1996 : 30-6
- 13- MAYAUD C., HOUACINE S., PARROT A. Atteintes respiratoires in le praticien face au SIDA- Flammarion 2è édition 1996 : 45-55.
- 14- MAHER D., CHAULET P., SPINACI S., HARRIES A. Le traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux. WHO/TB/97. 220.

**Tableau I : répartition des patients selon la fréquentation et la sérologie VIH.**

Année	Hospitalisés	VIH +
1998	425	37
1999	481	106
2000	638	82
<b>TOTAL</b>	<b>1544</b>	<b>225</b>

**Tableau II : répartition de la morbidité en fonction du stade clinique VIH**

Pathologies	Stade A	Stade B	Stade C
Pneumopathie bactérienne	55	41	5
Tuberculose	0	0	76
Pneumocystose	0	0	11
Mycobactériose	0	0	7
Infections de causes non retrouvées	0	11	18

**Tableau III : répartition des malades selon la létalité des principales pathologies.**

Pathologies	Effectifs	Nombre de décès	Létalité
Pneumonie bactérienne	101	12	11.8 %
Tuberculose	76	16	21 %
Infections de causes non retrouvées	29	20	68.9 %
Pneumocystose	11	6	54.5%
Mycobactériose	7	4	57.1%